



**Grado en Enfermería**

**Curso 2020 - 2021**

**TRABAJO DE FIN DE GRADO**

**DIFERENCIAS EN LAS VIVENCIAS DEL  
PARTO ENTRE MUJERES ESPAÑOLAS Y  
MUJERES EXTRANJERAS QUE VIVEN EN  
ESPAÑA**

**Alumna:** Joanna Rodríguez Atencio

**Tutora:** María Fernández Elorriaga

Junio, 2021



## ÍNDICE

<b>1. INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>3</b>
<b>1.1 Parto e importancia .....</b>	<b>3</b>
<b>1.2 Tipos de resolución en la finalización del embarazo .....</b>	<b>4</b>
1.2.1 Parto vaginal .....	4
1.2.2 Cesárea.....	4
<b>1.3 Factores que influyen en la vivencia del parto .....</b>	<b>5</b>
1.3.1 Tipos de resolución del evento obstétrico: .....	6
1.3.2 Dolor.....	6
1.3.3 Tipo de atención .....	8
1.3.4 Posición .....	9
1.3.5 Acompañamiento .....	10
1.3.6 Cultural .....	10
<b>1.4 Mujeres orígenes.....</b>	<b>11</b>
<b>1.5 Programas .....</b>	<b>15</b>
<b>2. JUSTIFICACIÓN.....</b>	<b>16</b>
<b>3. OBJETIVOS.....</b>	<b>17</b>
<b>3.1 Objetivo general.....</b>	<b>17</b>
<b>3.2 Objetivos específicos.....</b>	<b>17</b>
<b>4. METODOLOGÍA .....</b>	<b>17</b>
<b>4.1 Búsquedas bibliográficas .....</b>	<b>19</b>
<b>5. RESULTADOS.....</b>	<b>22</b>
<b>6. CONCLUSIONES.....</b>	<b>28</b>
<b>7. BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>32</b>



## RESUMEN

**Introducción:** Uno de los acontecimientos más importantes en la vida de una mujer, posiblemente sea el parto. Este suceso está relacionado con el origen cultural de la madre y condicionado por la vivencia del mismo.

**Objetivo:** Analizar las diferentes vivencias que tienen sobre el parto las mujeres inmigrantes en España en comparación con las españolas, con relación al dolor, la resolución del evento obstétrico, las posiciones obstétricas y el grado de satisfacción.

**Metodología:** Se realizó una búsqueda bibliográfica en diferentes bases de datos (CINHAL, COCHRANE, CUIDEN PLUS y DIALNET), la búsqueda se limitó a los últimos 6 años en todas las bases de datos en idiomas español, inglés y portugués. Se realizó la búsqueda utilizando lenguaje controlado MESH y DESC.

**Resultados:** Se realizó una revisión narrativa donde se obtuvieron 32 documentos de 4 bases de datos diferentes. Donde se encontraron diferencias significativas en cuanto a temas relacionados con la salud reproductiva y desigualdades en el acceso al sistema sanitario entre mujeres extranjeras comparándolas con las mujeres autóctonas.

**Conclusiones:** La vivencia del parto en cada mujer única y esta influenciada por muchos aspectos, tanto culturales y físicos así como del propio entorno. Nosotras como enfermeras debemos proporcionar a nuestras pacientes todo el confort y calma posible para que su experiencia en el parto pueda disfrutarla.

**Palabras clave en español:** Parto obstétrico, parto normal, manejo del dolor, parto humanizado, parto, dolor de parto, dolor, emigración e inmigración, posicionamiento del paciente.

## **ABSTRACT**

**Introduction:** One of the most important events in a woman's life is possibly childbirth. This event is related to the cultural origin of the mother and conditioned by the experience of it.

**Objective:** To analyze the different experiences that immigrant women in Spain have regarding childbirth compared to Spanish women. In addition to know the different factors that influence childbirth such as pain, resolution of the obstetric event, obstetric positions and the degree of satisfaction they have.

**Methodology:** A bibliographic search was carried out in different databases (CINHAL, COCHRANE, CUIDEN PLUS and DIALNET), the search was limited to the last 6 years in all databases in Spanish, English and Portuguese languages. The search was performed using controlled language MESH.

**Results:** A narrative review was carried out where 32 documents were obtained from 4 different databases where significant differences will be found in terms of issues related to reproductive health and inequalities in access to the health system among foreign women compared to native women.

**Conclusions:** The experience of childbirth in every woman is unique and it is influenced by many aspects, both cultural and physical as well as the environment itself. We as nurses must provide our patients with all the comfort and calm possible so that their experience in childbirth can be enjoyed.

**Keywords:** Delivery, Obstetric, natural childbirth, parturition, humanizing delivery, labor pain, emigration and immigration, pain, pain management, patient positioning.

# 1. INTRODUCCIÓN

## 1.1 Parto e importancia

Uno de los acontecimientos más importantes en la vida de una mujer, posiblemente sea el parto. Toda la vivencia del proceso cambia y se modifica de acuerdo con la sociedad y la cultura de cada una de ellas. Además de estar influenciada por otros factores como son las religiones, creencias y prácticas culturales que llevan a cabo las madres durante todo el periodo del parto. (1)

El parto al inicio de la humanidad se consideraba un suceso en el que solo interviene la mujer, para luego ser considerado un acontecimiento social en el que también toman parte la familia, la comunidad y sobre todo otras mujeres en las que recaía el proceso de atención a la parturienta, llámese partera, comadrona, chamana, etc.

Ya desde finales del siglo XIX, pero sobre todo en el XX, el seguimiento médico, el control de la natalidad y desarrollo de técnicas quirúrgicas como la cesárea hicieron que el proceso se convierta en un evento medico-hospitalario, tanto para la madre como para el niño.

En España, el desarrollo de las leyes y bases de la seguridad social garantizan el acceso a la asistencia sanitaria de todas la mujeres embarazadas. Durante todo este periodo la madre se someterá a controles prenatales donde se le informará de todo el proceso y cuidados además de las pruebas complementarias, ecografías y análisis. También se ofrecerá información de los centros donde puede acudir y de la periodicidad de las visitas. En este periodo también se diagnostican situaciones de riesgo tanto para la madre como para el feto. (2)

En la actualidad se busca que el proceso de parto sea lo más humanizado posible, es decir, abordarlo desde un punto de vista holístico, otorgando a la madre y a su recién nacido todo el protagonismo, respetando en todo momento los principios de no maleficencia, beneficencia y autonomía de la madre y su hijo. Garantizando a su vez la calidad y una atención segura, valorando la opción de la mujer del dar a luz de forma natural, privada y familiar. (3,4)

## 1.2 Tipos de resolución en la finalización del embarazo

En cuanto a las vías de resolución del evento obstétrico tendremos en cuenta para este trabajo los dos tipos posibles, el parto vaginal y la cesárea.

### 1.2.1 Parto vaginal

En cuanto al parto vaginal consideraremos lo que la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) considera un parto vaginal normal, como aquel que ocurre entre la semana 37 a 42 y que tiene un inicio espontáneo. No obstante, el parto vaginal también puede producirse tras la inducción por medios mecánicos, médicos o ambos cuando existe la necesidad de finalizar el embarazo.

El parto vaginal siempre será la primera opción ante un embarazo normal. Este se divide en 3 etapas (dilatación, expulsivo y alumbramiento). Durante este proceso se puede utilizar medicación anestésica (epidural) y fármacos que ayuden a la inducción al parto como la oxitocina o las prostaglandinas. (5, 6)

La mayoría de los partos naturales suceden en mujeres que no tienen factores de riesgo asociados, pero debemos recalcar que el momento del parto es crítico para la mujer y también para su futuro hijo. (7)

### 1.2.2 Cesárea

La cesárea consiste en una cirugía con incisión de la pared abdominal por la que se extrae el feto de una mujer. Se realiza cuando no es posible ni seguro dar a luz por parto vaginal.

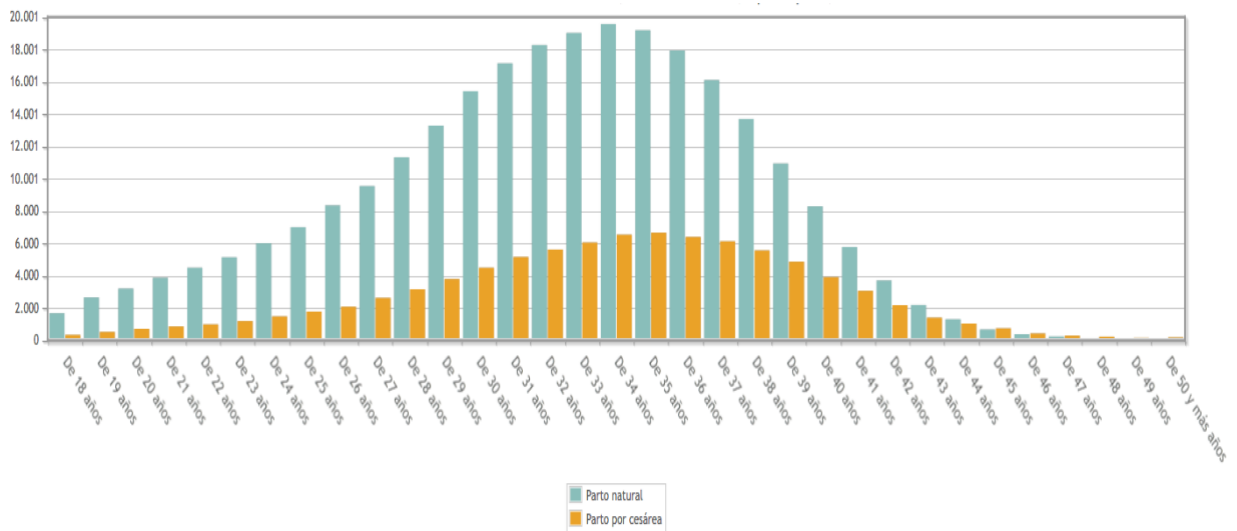
La cesárea como cualquier otra cirugía está asociada con ciertos riesgos a corto o largo plazo, pudiendo provocar complicaciones, discapacidad significativa o permanente e incluso la muerte, sobre todo en países donde el acceso a la sanidad y a la atención obstétrica no se garantiza de forma integral a las mujeres. No está demostrado que la morbilidad perinatal y materna disminuyan cuando las tasas de cesárea superan las recomendadas por la OMS (la tasas de cesáreas debe estar entre 10% y el 15%). (8)

En España, según datos del último informe *Atención perinatal en España: análisis de los recursos físicos, humanos, actividad y calidad de los servicios hospitalarios* del año 2018, el porcentaje de nacimientos por cesárea es del 21,8%. (9)



Como se muestra en el cuadro 1, de los 355,25 partos que se realizan en España, 266.446 son partos vaginales y 88,804 son partos por cesárea. También podemos visualizar que a mayor edad de la madre es mayor el número de cesáreas que se practican, frente a los partos vaginales, este número va en aumento en paralelo a la edad de la mujer.

**CUADRO 1. Evolución del tipo de resolución del evento obstétrico según edad de la madre en España. Año 2020.**



Fuente: Gráfico elaborado del Instituto Nacional de Estadística (INE). Partos por edad de la madre y tipo de parto. [www.ine.es](http://www.ine.es). Datos definitivos 2020.

### 1.3 Factores que influyen en la vivencia del parto

Aunque el parto es un proceso fisiológico y natural, esta influenciado por la cultura, la sociedad y los grupos sociales a los que pertenece la futura madre<sup>(10)</sup>, y por ello, todas estas mujeres viven su proceso de parto de diferente forma, atendiendo a su cultura, integración en la sociedad, idioma, conocimiento y/o acceso al sistema sanitario.

Un aspecto importante para las mujeres teniendo en cuenta como eje central la vivencia del parto es el tipo de finalización de este, aunque en todas las madres predomina que el desenlace sea el nacimiento de un niño sano. <sup>(11)</sup> A esto también tenemos que añadir la experiencia previa con el sistema sanitario español y la paridad o número total de embarazos mayor de 28 semanas de gestación que ha tenido una mujer, todo esto influye

en como una madre experimenta y vive todo este proceso contando con las expectativas previas que se ha formado para el momento del parto y/o la utilización o no de algún tipo de analgesia que prefiera. (12)

Entre todos estos factores que influyen en la vivencia del parto destacamos para este trabajo: tipo de resolución del evento obstétrico, manejo del dolor, tipo de atención, posición, acompañamiento y aspectos culturales.

### 1.3.1 Tipos de resolución del evento obstétrico:

Los tipos de resolución del evento obstétrico que abordaremos para este trabajo serán parto vaginal y parto abdominal o cesárea.

El parto vaginal: las vivencias relacionados con este evento obstétrico suelen ser positivas, sobre todo cuando el parto se realiza de forma humanizada con la mínima intervención y sin ningún tipo de inducción al parto, ya sea farmacológica o mecánica. (5) Estas mujeres relacionan esta experiencia como de conocimiento y empoderamiento de sus propias capacidades otorgándoles así instrumentos para sentirse seguras y saludables con su maternidad. (11)

Parto abdominal o cesárea: la inducción al parto aumenta considerablemente el riesgo de que el parto finalice como un parto instrumental o una cesárea. Todo ello suele asociarse a una peor experiencia en el parto sobre todo debido a que este se extiende en el tiempo, se complica y también aumenta el número de tactos vaginales. (5)

### 1.3.2 Dolor

El parto es uno de los procesos más dolorosos a los que se enfrenta una mujer, a todo ello se suma la escasa preparación psicológica en algunos casos y la condición basal de la paciente que hace aumentar la carga de trabajo mecánico, aumentando así las demandas de oxígeno y produciendo una hiperventilación. Todo esto genera una cascada en el cuerpo de la mujer pudiendo desencadenar así en un difícil trabajo de parto. (13)

Tenemos que decir que en muchas culturas durante la fase de dilatación existe la libertad de movimiento sobre todo para aliviar el dolor y favorecer el descenso del niño al canal de parto, pudiendo parir de forma vertical o en cuclillas. El aumento en la medicalización de los partos y el exceso de intervenciones, monitorizaciones, etc. hacen que la futura madre pierda libertad de movimiento produciendo de esta forma un peor control el dolor y disminuyendo el tiempo del periodo expulsivo. (14)

Si tenemos en cuenta la percepción del dolor por parte de las mujeres del África subsahariana y de Europa del este suelen presentar un comportamiento más estoico frente al dolor. (15) Y las mujeres latinoamericanas y de Europa del este son las que más demandan el uso de la anestesia epidural para control del dolor durante el parto. (16) Muchos estudios demuestran que el uso de analgesia aumenta la duración el periodo expulsivo durante el parto incrementando de esta manera los partos instrumentados y las cesáreas. (17,18)

El uso de técnicas no farmacológicas, farmacológicas y la preparación prenatal son pilares fundamentales para un mejor control del dolor de la mujer durante el parto. Tanto el apoyo como la experiencia de la matrona y el personal sanitario también juegan un importante en el manejo y control del dolor. (12)

El uso de técnicas no farmacológicas como los baños por inmersión suponen una disminución del dolor y reducción de las contracciones, lo que por se disminuye la percepción del dolor y del uso de la analgesia durante el parto. La musicoterapia durante las contracciones favorece la disminución del dolor, y durante el parto, calma, alivia y mejora el control de la contracciones mejorando no solo el dolor también la ansiedad. La masoterapia, como los masajes en pies y espalda favorece la relajación y disminuye la sensación de dolor y estrés. Por otro lado los masajes del periné disminuyen los traumas del expulsivo como los desgarros o episiotomías. Muchos de estos métodos no están regulados en España, por lo que el acceso no se garantiza a todas las mujeres embarazadas en todas las comunidades autónomas y muchas veces los que existen no se distribuyen en otros idiomas. (12, 19)

La epidural es el tratamiento farmacológico mas utilizado en nuestro medio para aliviar el dolor pero trae consigo algunas consecuencias, una de las más importantes es que

inhibe a la mujer de la sensación de pujo dificultando el expulsivo y alargando la duración del parto.

Actualmente existen escasos estudios sobre el control del dolor y el uso de la anestesia epidural en mujeres inmigrantes y comparándola con las mujeres españolas, aunque los pocos que existen demuestran que las mujeres magrebíes son las que con menor frecuencia hacen uso de la técnica de epidural para aliviar el dolor y por el lado contrario las mujeres procedentes de países latinoamericanos y de Europa de Este son las que hacen mayor uso de esta técnica. (19, 20)

### 1.3.3 Tipo de atención

**Parto natural:** ocurre sin ningún tipo de medicalización, la premisa es que la mujer sea la que conduzca el trabajo de parto y el alumbramiento de manera en la que se ella se sienta más cómoda. La mujer deambula libremente por la habitación y elige libremente la posición en el momento de la expulsión. Se le otorga a la madre todo el protagonismo del proceso siendo ella quien dirige todo de una forma más instintiva.

No hay monitorización fetal durante el parto natural por lo que se suele realizar en mujeres con embarazos de bajo riesgo. (3)

**Parto medicalizado:** este parto se caracteriza por un continuo control materno-fetal con monitorizaciones bioquímicas y biofísicas. Suele haber una rotura precoz de la bolsa de aguas para acelerar la dilatación y examinar el líquido amniótico, tanto el color como aspecto. Puede hacerse por razones médicas de origen materno o fetal. Hay un excesivo intervencionismo médico en este tipo de partos, se espera que las mujeres acepten las decisiones del personal sanitario ya que están legitimados para ello. Se trata de un patrón mayoritario de los partos en la actualidad. (3)

**Parto humanizado:** es una mezcla de los anteriores. Aquí no se descuida la vigilancia materno-fetal, además une las características más positivas de ambos procesos añadiendo la asistencia psicológica. Se trata de producir un espacio en el que la madre y el niño sean los protagonistas generando un lugar lo más familiar posible y que el parto se desarrolle de forma natural. Se intenta ofrecer a la madre todas las herramientas posibles para tener

un parto con un final positivo, tanto para la madre como para el recién nacido. En este tipo de parto el acompañamiento es un eje fundamental para la madre, todo esto condicionado al lugar donde se produzca el suceso, teniendo así una o más personas a su alrededor de la futura madre. (21,3)

#### 1.3.4 Posición

Las posiciones que la mujer adopta durante todos las fases del proceso de parto normal (dilatación, expulsivo y alumbramiento) están condicionadas por una conducta “instintiva” e influidas por las normas culturales de cada país. En nuestro país las posiciones que usan con más frecuencia son: la posición de litotomía, la posición de SIMS o decúbito lateral izquierdo, posiciones verticales y la posición de cuadrupedia. A continuación daremos una breve explicación sobre en que consiste cada una de las posiciones. (22)

Posición de litotomía, es la mas usada en nuestro medio ya que permite el acceso y visualización del periné, permitiendo al profesional una mejor actuación y monitorización fetal, aunque dificulta que el parto se desarrolle de forma fisiológica y produce un efecto de compresión sobre los grandes vasos produciendo hipotensión arterial. (23)

Posición de SIMS, la mujer se coloca decúbito lateral izquierdo con la pierna derecha levantada. Tiene menos complicaciones que al anterior ya que no comprime los grandes vasos, alivia el dolor de las contracciones manteniendo la integridad del periné y enlentece los partos rápidos. (23)

Posiciones verticales, son las más fisiológicas por lo tanto las más naturales. Debido a la gravedad la matriz desciende descomprimiendo los pulmones permitiendo un mejor aporte de oxígeno a la madre y al feto. Este efecto de la gravedad también favorece el descenso, encaje y acomodamiento del feto. Produce efectos sobre el dolor y sensación de libertad y participación de la madre. Las posiciones más comunes suelen ser: de pie, sedestación, semisentada, de cuclillas, de rodillas, con la pelota suiza o en silla de partos. (24)

Otra posición es la de cuadrupedia o a cuatro patas, apoyándose en las manos y rodillas. Se realiza balanceos con la pelvis que alivian el dolor y hay una apertura amplia de la pelvis, lo que facilita el expulsivo. (25)

De acuerdo con la evidencia científica actual las posiciones laterales o verticales comparadas con la posición de litotomía u horizontal, que es la más usada en nuestro medio presentan menor duración del parto en su segunda fase. (26)

### 1.3.5 Acompañamiento

La OMS recomienda el acompañamiento de una persona de su elección para todas las mujeres durante el trabajo de parto y el parto. (17) El acompañamiento para la mujer durante el parto es muy importante debido a que psicológicamente es relevante el apoyo emocional a las mujeres ya que proporciona bienestar durante el proceso de parto. Este acompañamiento puede ser de la pareja, la madre, una hermana, una amiga o alguien del personal sanitario que este presente y que la mujer pueda elegir.

En muchos países no existe el acompañar a la mujer ya que solo pueden entrar a la sala de parto el personal sanitario o en muchos casos los maridos no entran por pudor o considerar el parto solo un acontecimiento para mujeres. (11)

### 1.3.6 Cultural

Dado que la maternidad y la reproducción son procesos bioculturales, es decir, que están relacionados con la morfología y fisiología humana y son modificados por la cultura en la que se reflejan las creencias sentimientos y valores de la madre. Estos juegan un papel importante en la aceptación y percepción del servicio sanitario por parte de la mujer inmigrada. (26)

Otro problema para algunas de ellas es el sentido del pudor, sobre todo relacionado con la religión que profesa cada una, no solo con el personal sanitario masculino sino también con sus propios familiares. Al ser examinadas y exponer sus cuerpos las mujeres extranjeras suelen sentirse incómodas. (27, 28)

El aumento de las corrientes migratorias y de la diversidad cultural en nuestro país nos obligan a entender su propia visión del proceso de embarazo, parto, postparto y cuidados centrados en la familia de las mujeres inmigradas, atendiendo no solo a la mujer y su niño sino también a toda su concepción del proceso.

#### 1.4 Mujeres orígenes

El goce de salud en su grado máximo “es uno de los derechos fundamentales que puede tener el ser humano sin distinción de raza, ideología política, religión, condición social o económica”, es una disposición básica por la que se rige la constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS), conferencia sanitaria que se celebró en Nueva York en 1946.

Esto implica que la salud es un derecho universal y debe aplicarse en igualdad de condiciones para todas las personas, pero debido a los fenómenos migratorios y políticas de estado esto no ocurre así para todas las personas, muchas de estos derechos depende de un estado migratorio para poder acceder libremente a los cuidados básicos de salud.

En los últimos años el flujo migratorio está en aumento, sobre todo de países en vías de desarrollo a países desarrollados. En el año 2020 existe un total de 280 millones de inmigrantes en todo el mundo, según el Portal de Datos Mundiales Sobre la Migración el 3.6% de la población vive temporal o permanentemente fuera de su país de origen. En Europa y especialmente en España estos fenómenos de migración son de tales proporciones que están siendo debatidos tanto política, social como culturalmente. Según estudios realizados por el mismo portal de datos sobre la migración en España en el año 2020 existe un total de 6,8 millones de inmigrantes, un total del 14,6% de la población española. También se determinó que un 52,2% de esa población son mujeres. De esta forma podemos hablar sobre la feminización de los flujos migratorios en España. (29)

Este proceso de globalización ha exacerbado la brecha entre países ricos y pobres, especialmente en las mujeres que buscan mejores condiciones de vida de tal forma que favorece el aumento de la inmigración de países en desarrollo a países más desarrollados.

(27)

Aunque el motivo principal para migrar suele ser económico otros motivos para desplazarse de un país a otro son las reagrupaciones familiares, ya que vienen a reunirse con sus maridos o sus padres. Otro motivo suele ser por estudios, además coexisten junto a estos motivos un abanico amplio de problemas mucho más complejos que las hace dejar su país de origen, su familia y en muchos casos a sus hijos, tales como desigualdades de género, violencia contra la mujer, redes de trata, narcotráfico, guerras, etc. (30)

La elección de España como país de acogida de estas mujeres no es al azar, una de las variables más importantes a la hora de elegir a España como país de residencia es sobre todo el lenguaje, ya que es el mismo idioma que tienen en sus países de origen en el caso de mujeres latinoamericanas y de guinea ecuatorial. Otro factor muy importante es la facilidad de acceso, ya que en muchos países no necesitan visado para ingresar a la Comunidad Europea (CE), otro factor es el económico, es menos costoso ir a España que a Estados Unidos y también menos peligroso ya que no implican a mafias o "coyotes" para ingresar al país. (31, 32)

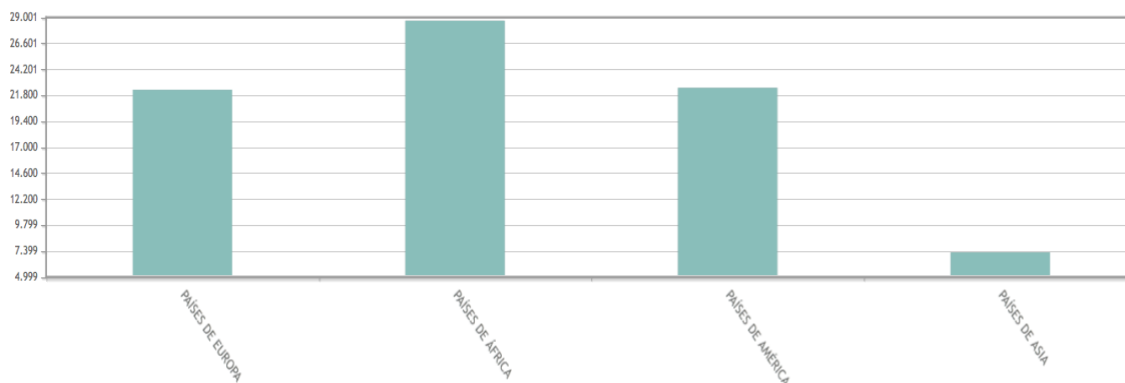
A causa del aumento de la inmigración femenina en España se habla también de otro fenómeno como el del aumento de las tasas de natalidad y fecundidad que en los últimos años y siguiendo la estela de los demás países europeos en nuestro país ha ido en declive.

De los 359,770 nacimientos que hubo en España, 80,131 fueron de madre extranjera, lo que representa un 22,3% del total. Lo que sitúa la tasa bruta de natalidad en 7,6 nacimientos por cada 1000 habitantes. (33)

El cuadro 2 muestra una comparación del número de nacimientos entre mujeres extranjeras según su origen (agrupado por continentes) que representa a más de un 20% de los nacimientos en España.



**CUADRO 2. Comparación agrupada por continentes de nacimientos de madres extranjeras en España. Año 2020.**

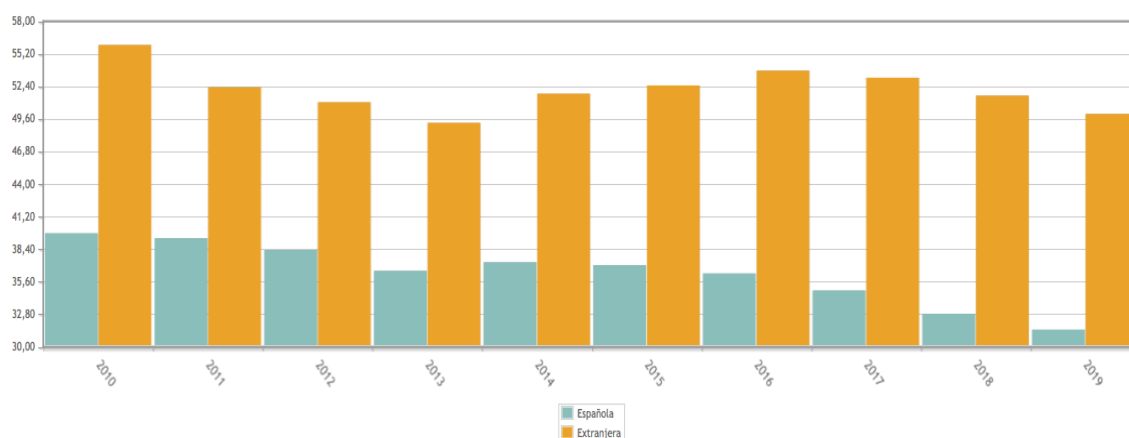


Fuente: [www.ine.es](http://www.ine.es) Nacimientos de madre extranjera por agrupación de continentes \* Datos provisionales 2019.

También tenemos que hablar de la tasa de fecundidad en España se sitúa en 1,23 hijos por mujer de media. Hubo una reducción tanto de madres españolas como de madres extranjeras. (33)

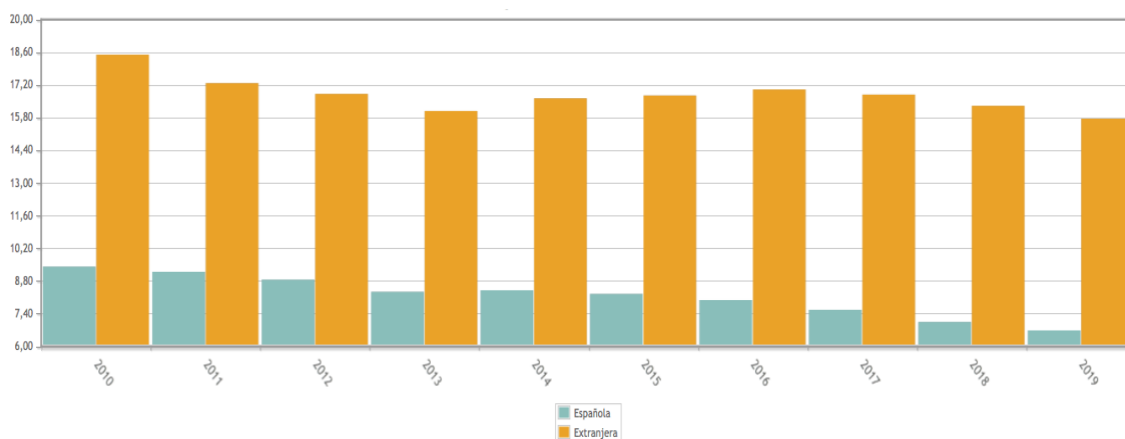
Como se puede apreciar en los cuadros 3 y 4 tanto en la tasa de natalidad como en la de fecundidad el aporte de la mujer inmigrante es superior al de la mujer española lo que se traduce en más mujeres embarazadas y más partos de mujeres extranjeras que traen su propia forma de cuidado para el parto y sus familias.

**CUADRO 3. Evolución de la tasa global de fecundidad según nacionalidad de la madre (española/extranjera). Año 2010 - 2019.**



Fuente: Gráfico elaborado por el INE. [www.ine.es](http://www.ine.es) . Tasa de fecundidad por origen de la madre (española /extranjera). Datos definitivos año 2019

**CUADRO 4. Evolución de la tasa de natalidad según nacionalidad de madre (española/extranjera). Año 2010 - 2019**



Fuente: Gráfico elaborado por el INE [www.ine.es](http://www.ine.es) Tasa de natalidad según nacionalidad de la madre (española/extranjera). Datos definitivos año 2019.

Tanto para madres españolas como extranjeras la edad media a la maternidad ha aumentado en los últimos años. Según datos del Instituto Nacional de Estadística (INE) del año 2020, las mujeres españolas tienen hijos a los 32,8 años de media y las madres extranjeras a los 30,1 años situando por primera vez a estas mujeres por encima de los 30 años (cuadro 5).

**CUADRO 5. Evolución de la edad media de maternidad según origen de la madre (española / extranjera). Año 2020**

Años	Total	Española	Extranjera
2009	31,0	31,7	28,5
2010	31,2	31,8	28,7
2011	31,4	32,0	28,9
2012	31,6	32,2	28,9
2013	31,7	32,2	29,1
2014	31,8	32,3	29,3
2015	31,9	32,4	29,4
2016	32,0	32,5	29,6
2017	32,1	32,6	29,7
2018	32,2	32,7	29,9
2019(*)	32,2	32,8	30,1

(\*) Datos provisionales

Fuente: Gráfico elaborado por el INE. [www.ine.es](http://www.ine.es)

Este proceso de globalización y el aumento de los partos de mujeres procedentes de otros países hace, a nivel político que la gestión de la inmigración sea llevada a cabo casi simultáneamente con la política de igualdad de género. Las estadísticas desagregadas por

género no existieron hasta hace poco, lo que dificultaba analizar el papel de la mujer en la inmigración desde una perspectiva histórica. (30)

### 1.5 Programas

La Ley General de Sanidad (LGS) de 1986 garantiza el derecho a la protección de la salud. (Constitución Española. Boletín Oficial del Estado, nº 311, (29-12-1978). Además de otras normativas, también diseñó un modelo de descentralización de la gestión y los servicios médicos, y consideró el traspaso de la red médica de los Institutos Nacionales de Salud (INSALUD) a todas las comunidades autónomas en el futuro. Con la transferencia de capacidades en asuntos de salud, cada comunidad autónoma ha ajustado la atención médica de acuerdo con sus recursos humanos disponibles y su infraestructura y organización de la salud, incluyendo la atención al embarazo, parto y puerperio, su gestión y organización territorial y recursos. Como resultado de la atención de salud, existe el riesgo de que no se pueda garantizar la equidad horizontal, es decir, no importa en qué comunidad viva, todos los españoles son efectivamente iguales en el acceso a los servicios y la protección de la salud. (31)

En el caso de los extranjeros en España se produce una diferenciación entre aquellos que llegan “sin papeles” y/o “con papeles”, es decir aquellos que tienen una situación de residencia legal, frente a los que son “ilegales”. De esta forma tenemos a las futuras madres que tienen papeles y por lo tanto una tarjeta sanitaria que le garantiza los mismos derechos que a cualquier ciudadano español, y las que “no tienen papeles”, es decir, que se encuentran en situación irregular en nuestro país y a las que constitucionalmente les está garantizado el cuidado durante todo el proceso de gestación según el Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones. Capítulo 1 modificación del artículo 3 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo donde se añade un artículo de “*Asistencia sanitaria en situaciones especiales*” donde la asistencia sanitaria de los extranjeros residentes en España no registrados y una de ellas garantiza la asistencia al embarazo, parto y postparto y la asistencia sanitaria a menores de 18 años. (31, 32, 34)

En tanto podemos entender que la atención al parto en ambos casos a la mujer se le está garantizado el acceso y los cuidados derivados de este.

España no posee un programa único para todas las comunidades autónomas, cada una realiza el propio, siendo Andalucía, Comunidad Valenciana, Cantabria, País Vasco, Cataluña, Murcia y Galicia las que poseen programas unificados para su comunidad. La mayoría de las actividades que se realizan en estos programas son similares y coinciden con la evidencia científica encontrada. Muchos de estos programas se han adaptado a la presencia de la mujer inmigrante en su comunidad como por ejemplo el protocolo de atención al embarazo y puerperio del gobierno de Cantabria que incluye la serología del Chagas o virus Zika en mujeres originarias o que viajen a los países donde estas enfermedades son endémicas. La atención al puerperio se suele encontrar como apartados dentro de los mismos programas. (31)

## 2. JUSTIFICACIÓN

El parto es único en cada mujer y la experiencia del proceso de parto debería ser positiva para cada una de ellas. En el caso de las mujeres inmigrantes, vivir esta etapa en el país receptor supone un desafío debido a que las diferencias importantes en las condiciones de vida y vulnerabilidad sumado a los cambios biológicos y psicológicos propios del embarazo y al “duelo migratorio” que muchas inmigrantes presentan cuando tienen que dejar su país de origen, su familia y su cultura son factores predisponentes a que no disfruten del todo el proceso.

El fenómeno de la inmigración y la apertura de España como país de acogida de millares de mujeres inmigrantes procedentes de todos los continentes, hace que los profesionales sanitarios del país deban a trabajar con pacientes que tienen una cultura diferente. Muchas de estas mujeres no conocen un sistema sanitario público como el nuestro que garantiza el cuidado de las personas durante toda su vida y todos sus procesos de salud y enfermedad.

El papel de la enfermera y la matrona durante el parto es fundamental para una mujer ya que son los referentes principales a los que estas mujeres tienen acceso ya sea en su Centro de Salud (CS) o en su hospital de referencia al que vaya a dar a luz. Estos profesionales son con lo que establecen vínculos más estrechos permitiéndoles así expresarse libremente y de esta forma hacer participe al personal de sus conflictos y sus miedos.

Por todo ello y como profesionales sanitarios, debemos asegurar que la atención al parto en las instituciones de salud proporciona el máximo bienestar tanto de la madre como del niño, protegiendo su dignidad personal, su salud y favoreciendo una vivencia respetuosa con las expectativas de la madre. Y para ello es importante saber cómo enfrentan las mujeres inmigrantes residentes en España el parto en función de su cultura y origen.

### 3. OBJETIVOS

#### 3.1 Objetivo general

- Analizar las diferentes vivencias del parto entre mujeres españolas en comparación mujeres extranjeras.

#### 3.2 Objetivos específicos

- Conocer cómo se enfrenta el dolor de parto y los principales mecanismos para el tratamiento del dolor que usan las mujeres extranjeras en comparación con las autóctonas.
- Identificar el tipo de resolución del evento obstétrico que prevalece entre la población extranjera comparándola con la española.
- Identificar los tipos de posición obstétricas son las más usadas en nuestro sistema sanitario por población extranjera versus nacional.
- Conocer el grado de satisfacción de las mujeres extranjeras con el parto.

### 4. METODOLOGÍA

Realizamos una búsqueda bibliográfica en las principales bases de datos a través de la biblioteca virtual de la Universidad Autónoma de Madrid (UAM).

Se usaron las siguientes bases de datos CINAHL, Cochrane library, Dialnet y Cuiden Plus.

Para todas las bases de datos se usan los mismo limitadores:

- Año de publicación: 2015 – 2021
- Sexo del grupo de la muestra: femenino
- Idiomas: inglés, español, portugués
- Edad 18 - 44 años, o su equivalente en los rangos y categorías que permita cada base de datos.
- Texto completo
- Excluir archivos medline (si tiene esa opción)

Los idiomas para establecer las búsquedas fueron inglés y castellano, lo términos usados se muestran en la tabla 1.

En inglés y utilizando la herramienta de vocabulario estructurado Descriptores en Ciencias de la Salud (DECS) las palabras clave utilizadas fueron:

**TABLA 1. Términos para la búsqueda bibliográfica.**

DECS	MESH
Parto obstétrico	Delivery, Obstetric
Parto Normal	Natural Childbirth
Parto	Parturition
Parto Humanizado	Humanizing Delivery
Dolor de parto	Labor Pain
Emigración e Inmigración	Emigration and Immigration
Dolor	Pain
Manejo del Dolor	Pain Management
Posicionamiento del Paciente	Patient Positioning

Los términos se unieron con los booleanos OR para ampliar la búsqueda bibliográfica y rescatar la máxima información posible y con el booleano AND para unir la búsqueda.

Criterios de inclusión

- Mujeres en edad fértil entre 18 y 44 años.
- Partos institucionalizados dentro de hospitales públicos.

- Mujeres inmigrantes sin diferencia en el estatus migratorio ni país de origen.
- Resolución del evento obstétrico por vía vaginas o por vía abdominal (cesárea)
- Nacimientos de niños vivos.
- Mujeres sin antecedentes de enfermedades crónicas.

#### Criterios de exclusión

- Artículos no académicos
- Embarazos de riesgo
- Contrarios a los criterios de inclusión
- Nacimientos sin vida.

### 4.1 Búsquedas bibliográficas

#### **CINHAL:**

La sentencia de búsqueda usada en esta base de datos fue:

“delivery, obstetric OR parturition OR natural childbirth AND labor pain OR pain management AND ( emigrants and immigrants ) AND patient positioning”

Se aplicaron los limitadores: año 2015 al 2021, excluir archivos medline, sexo (female), grupo de edad (13-44 años), texto completo, idioma (ingles, español y portugués).

La búsqueda proporciono 141 documentos, que después de leer los títulos y los resúmenes nos quedamos con 30 de ellos a los que posteriormente se hizo una lectura completa del documento quedando 8 de ellos para utilizar en esta revisión.

#### **COCHRANE**

Para que la búsqueda mostrara todos los documentos necesarios y no tener silencio documental se usaron menos términos por lo que al final la sentencia de búsqueda quedo de la siguiente forma:

“Delivery, Obstetric in All Text OR parturition in All Text AND labor pain in All Text AND emigrant or immigrant in All Text AND patient positioning in All Text - (Word variations have been searched)”.

Usamos los siguientes limitadores: topics pregnancy and childbirth, with Publication Year from 2015 to 2021, in Trials with Cochrane Iberoamerica, Pregnancy and Childbirth, Public Health in Cochrane Groups.

Resultaron 210 documentos, que después de leer los títulos y resúmenes nos quedamos con 12 de ellos a los que luego se le hizo una lectura del texto completo para finalmente quedarnos con 6 para este trabajo.

### **CUIDEN PLUS**

Esta base de datos nos permite hacer la búsqueda en castellano con palabras ya fijadas por lo que la sentencia de búsqueda usada en esta base de datos fue:

[cla=Parto])OR(((cla=Partohumanizado))OR(((cla=Partonatural])AND(((cla=Dolor])AND([cla=Inmigrantes])))))

Se aplicaron los filtros de año 2015- 2021 y texto completo lo que nos proporcionó 626 a los que aplicamos los limitadores y nos quedamos con 23 documentos que se ajustan a nuestra búsqueda aplicando los criterios de inclusión y exclusión y tras hacer la lectura del resumen nos quedamos con 15 de ellos y posteriormente tras la lectura del texto completo nos quedamos con 10 para trabajar.

### **DIALNET**

En este portal bibliográfico también permite la búsqueda en castellano por que se uso la siguiente sentencia: “parto and inmigrante” que arrojó 3.555 documentos encontrados, se aplicaron los limitadores de texto completo, materia (ciencias de la salud) , año (2010 - 2019) en los filtros ya viene prefijado ese rango de fechas por lo que lo usamos, quedando 119 documentos. Los ordenamos por año de publicación y solo trabajaremos con los 55 primero artículos que corresponden con los años 2015 – 2021 que es uno de nuestros criterios de inclusión.

Tras aplicar los demás criterios de inclusión y exclusión , leer los resúmenes nos quedamos con 8 documentos y tras una lectura completa de ellos trabajamos con 5 documentos.

Por ultimo y tras utilizar la técnica de bola de nieve conseguimos reunir 3 documentos más para trabajar con ellos en esta revisión.

En la tabla 2 encontraremos la estrategia de búsqueda resumida por bases de datos.



**TABLA 2. Búsqueda bibliográfica y artículos seleccionados.**

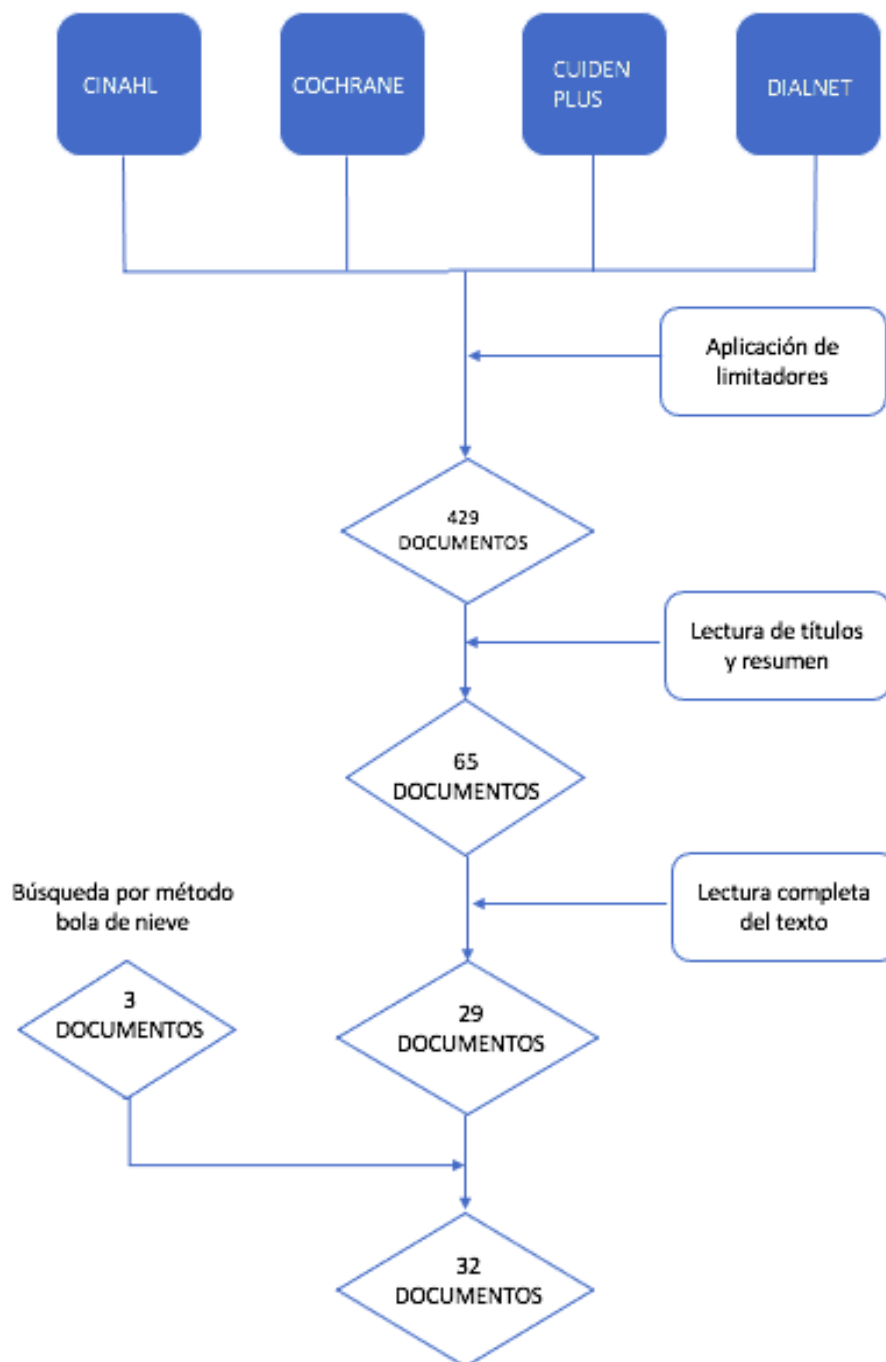
<b>BASES DE DATOS</b>	<b>ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA</b>	<b>ARTÍCULOS ENCONTRADOS (con limitadores)</b>	<b>REVISIÓN TÍTULO y RESUMEN</b>	<b>ARTÍCULOS SELECCIONADOS FINALMENTE</b>
<b>CINHAL</b>	“delivery, obstetric OR parturition OR natural childbirth AND labor pain OR pain management AND (emigrants and immigrants) AND patient positioning”	<b>141</b>	<b>30</b>	<b>8</b>
<b>COCHRANE</b>	“Delivery, Obstetric in All Text OR parturition in All Text AND labor pain in All Text AND emigrant or immigrant in All Text AND patient positioning in All Text - (Word variations have been searched)”.	<b>210</b>	<b>12</b>	<b>6</b>
<b>CUIDEN PLUS</b>	[cla=Parto])OR (((cla=Partohumanizado])OR (((cla=Partonatural]) AND(((cla=Dolor]) AND([cla=Inmigrantes]))))	<b>23</b>	<b>15</b>	<b>10</b>
<b>DIALNET</b>	“parto and inmigrante”	<b>55</b>	<b>8</b>	<b>5</b>
<b>BOLA DE NIEVE</b>				<b>3</b>

Fuente: Elaboración propia

## 5. RESULTADOS

Tras la búsqueda bibliográfica en las cuatro bases de datos mencionadas se obtuvieron 32 artículos en total de los cuales 6 de ellos son en inglés, 2 en portugués y 24 en castellano.

**CUADRO 5. Diagrama de búsqueda. Selección de la información.**



Fuente:elaboración propia

## **Conocer los principales mecanismos para el tratamiento del dolor que usan las mujeres extranjeras en comparación con las autóctonas.**

Como ya hemos mencionado antes, el dolor tiene también un origen cultural y está moldeado por diversos factores que lo condicionan, nosotras como enfermeras debemos acercarnos a este proceso y entenderlo para brindar a nuestras pacientes un mejor control del dolor en el parto. Además en muchas culturas el parto se asocia a la libertad de movimientos durante este, no solo en el periodo de dilatación sino también en el expulsivo dejando que la mujer se coloque en la posición con la que se sienta cómoda y de esta forma sea ella quien lleve el ritmo y control de su parto. (35, 36)

Las mujeres extranjeras en sus países de origen suelen tener los partos en sus propios hogares viviendo la experiencia del dolor como algo que forma parte del proceso viviéndolo con naturalidad. Debido a esto es muy común en ese colectivo que se rechace la anestesia epidural. Este hecho cambia cuando la mujer lleva más tiempo en España llegando a igualar las tasas de anestesia epidural a las autóctonas. (17)

Para muchas culturas el parto con dolor no se concibe, ya que el dolor es parte de la vivencia y el significado del parto, otorgándole a este una mayor equivalencia. (37)

Las mujeres del África subsahariana suelen hacer cantos, movimientos corporales o sonidos para aliviar su dolor. (16) Por otro lado las mujeres musulmanas suelen repetir frases del Corán para aliviar su dolor, pidiendo que Alá las ayude. Muchas mujeres extranjeras expresan su dolor de formas muy distintas, algunas interpretan el dolor como parte del proceso de parir y lo asimilan de tal forma que no se quejan de él. (38)

Las mujeres de Asia central, los dolores de parto los suelen sufrir en su casa y esperar hasta estará a punto de parir para ir al hospital generando mucho estrés en ellas y el personal. Suelen llegar acompañadas por sus maridos. (39)

Mujeres latinoamericanas, son el colectivo más numeroso en nuestro país, no presentan barreras idiomáticas como otros colectivos, y aprenden muy rápido como funciona el sistema. Son las que mayor demanda hacen de la anestesia epidural, quizás relacionado por el conocimiento del idioma.

Mujeres de Europa del Este, es el colectivo que presenta una tasa similar a las autóctonas en relación con el uso de analgesia epidural. (39)

Por lo tanto, aunque el dolor sea una construcción cultural este hecho cambia cuando la mujer lleva más tiempo residiendo en España llegando a igualar las tasas de anestesia epidural a las autóctonas. (39)

En ambos casos tanto para españolas como para extranjeras las mujeres primíparas suelen centrarse más en el dolor y las múltiparas en el contacto con el recién nacido. (11) (12)

### **Identificar el tipo de resolución del evento obstétrico que prevalece entre la población extranjera comparándola con la española.**

Si tenemos en cuenta las vías del parto, la literatura no se pone de acuerdo ya que algunos estudios muestran una tasa de cesáreas mayor en población extranjera que la autóctona y otros muestran lo opuesto. Aunque las mujeres extranjeras tengan un número significativamente mayor de hijos, embarazos y partos en comparación a la mujer española, en los estudios tanto extranjeros como nacionales no se encuentran diferencias significativas en cuanto a la finalización del parto. La edad, cesáreas anteriores, la falta de progresión durante el parto y el uso de la inducción al parto sigue siendo un indicador para realizar una cesárea. En cuanto a la salud materna y enfermedades obstétricas los estudios demuestran que las gestantes extranjeras presentan una mayor morbilidad relacionado con el tipo de parto y control de la gestación. (6)

El porcentaje de mujeres extranjeras sometidas a una cesárea suele ser mayor en mujeres latinoamericanas, relacionado sobre todo con la facilidad lingüística y el conocimiento de la práctica, en contraposición con las mujeres magrebíes y subsaharianas que encuentran barreras idiomáticas y sobre todo de conocimiento ya que asocian las cesáreas a una muerte segura como ocurre en sus países de origen. La inducción al parto es uno de los factores que aumenta el riesgo de realizar una cesárea, en relación con los partos espontáneos, disminuyendo así los partos eutócicos. (5, 16, 39)

Las norteafricanas se les practica un mayor número de cesáreas por urgencia, seguido por las mujeres de Asia occidental, latinoamericanas, Europa del este. Las norteafricanas y las latinoamericanas presentan mayor riesgo de parto por cesárea quizás relacionado con un peor control durante la gestación. (16) En el caso de las mujeres que se sospecha fueron víctimas de mutilación genital femenina, se usa este hecho como predisponente a ser receptoras de una cesárea. (38)

El ser mujer inmigrante en contra posición a una mujer española, en la literatura estudiada no se encontró diferencia significativa en cuanto a la finalización del parto por este método debido a que para son los profesionales los que deciden, según parámetros obstétricos y médicos cual es el mejor tipo de finalización del parto para cada mujer según sus características y sufrimiento fetal. (6, 40) La literatura también muestra que la inducción al parto aumenta la posibilidad de los partos por cesárea, en oposición al parto vaginal. (5)

### **Identificar los tipos de posición obstétricas que son las más usadas en nuestro sistema sanitario por población extranjera.**

Por lo general las mujeres siempre optan por la posición que les sea más cómoda y que les cause menos dolor, asegurando de la misma forma su bienestar y el del feto. (22)

Dentro de algunas culturas andinas de América del Sur es común dar a luz en posición vertical y sujeta de un poste mientras el marido la acompaña a la mujer y la partera asiste durante el parto. (1)

En nuestro medio la posición más común para dar a luz es la de litotomía con la mujer tumbada con las piernas en estribos, aunque la evidencia ha demostrado que la posición de rodillas, vertical o sentada son las que demuestran mejores ventajas y beneficios ya que reducen las complicaciones materno perinatales proporcionando también una mejor experiencia en el parto. La posición supina o de litotomía se relaciona con mayor incidencia al desgarro del esfínter anal, seguida de las posiciones de rodillas o cuclillas. (19, 41)

Dentro de la literatura analizada no distinguen sobre qué colectivo se utilizan unas u otras posiciones obstétricas con más frecuencia.

### **Conocer el grado de satisfacción de las mujeres extranjeras con el proceso de parto.**

Muchas mujeres adquieren una posición pasiva durante el trabajo de parto haciendo de esta forma todo lo que el personal les dice sin tener en cuenta sus propias ideas, sentimientos y emociones durante el parto no disfrutando del momento. (19) El mayor control durante el proceso y el libre posicionamiento durante el parto implica que la mujer se sienta mas satisfecha, con mayor control y empoderadas de su parto valorando el proceso como algo positivo para ellas. (11)

Las mujeres inmigrantes suelen acudir de forma tardía a la primera consulta obstétrica, a veces, hasta por encima de la 20 semana de gestación, ya sea por desconocimiento del sistema sanitario, de sus niveles organizativos, por las practicas sanitarias en su país de origen, la dificultad del proceso administrativo, etc. Otro problema es que acuden a menos consultas programadas, esto suele ser por la dificultad que encuentran al comunicarse por desconocimiento del idioma y por lo tanto no tienen a un familiar o amigo que le ayude de traductor. Muchas de ellas al sentirse bien piensan que no tienen la “obligación” de ir a las consultas y realizarse las pruebas que muchas veces creen excesivas, o simplemente no acuden a las citas a la hora programada perdiendo de esta forma el turno de atención. Esto puede derivar en un parto más impredecible, con mayor posibilidad de complicaciones sobrevenidas potencialmente evitables. (11, 38, 42)

La mayoría de los estudios realizados a mujeres extranjeras y nacionales muestran diferencias significativas entre ambas sobre todo en temas relacionados a la salud reproductiva, menor asistencia a los centros sanitarios para el seguimiento al embarazo, incluidas las que presentan patologías previas, también una peor percepción de la atención que reciben, y con resultados obstétricos menos favorables. Los escasos estudios a nivel nacional reflejan una serie de desigualdades en el acceso y uso del sistema de salud por parte de las mujeres inmigrantes en contraposición de mujeres autóctonas, especialmente diferencias en la atención de la salud reproductiva: embarazo, parto y puerperio. Estos estudios muestran de manera significativa que las mujeres marroquíes tienen un control del embarazo inadecuado frente a las mujeres españolas. Todo ello relacionado a los escasos apoyos sociales, dificultades con el idioma y falta de conocimiento del sistema sanitario español. (11,20,42)

Otros factores para tener en cuenta el nivel educativo, socioeconómico, cultural, laboral, edad, si tienen familia o una red de apoyo en España. Todo ello condiciona a las mujeres extranjeras a una “infra-clase” laboral donde desarrollan trabajos en condiciones menos deseables, teniendo en cuenta la remuneración, condiciones laborales, legales y reconocimiento de la sociedad. Estos trabajos sobre todo se desarrollan en forma de empleo domestico o como cuidadoras y que se caracterizan en algunos casos por ser informales y poco regulados. (31)

Por otro lado, también manifiestan su incomodidad debido a la falta de intimidad durante todo el proceso, los tactos durante la fases de dilatación son frecuentes y en muchas ocasiones se realizan cuando están acompañadas y sin preguntar, todo ello son factores que en cierta manera incomodan a muchas mujeres extranjeras. (11) Para algunas el personal de salud solo ve el aspecto médico y no como se encuentra el bebe y como se encuentra la madre, se enfocan más en la exploración física (tacto vaginal). (5)

Muchas de estas mujeres presentan dificultades para hablar y comprender el idioma, en muchos casos no tienen una residencia legal en nuestro país por lo que el acceso al sistema sanitario se hace para ellas mucho más difícil desde el inicio del embarazo y en muchos casos el personal sanitario no cuenta con una historia clínica a la que poder acceder para conocer los antecedentes personales y de salud de las mujeres extranjeras. (43)

La literatura muestra que existe un nivel de satisfacción más alto con los partos espontáneos que con los inducidos. Los partos inducidos suelen ser más prolongados que los partos espontáneos y la escasa información que dan de estos sumado a las complicaciones, el mayor riesgo de una cesárea y el aumento de los tactos vaginales hacen que tengan peor percepción entre las usuarias. (44, 5)

Otro factor para tener en cuenta para conocer el grado de satisfacción de estas mujeres es el saber si son primíparas o multíparas ya que las expectativas en ambos casos son muy distintas, para las primíparas todo el proceso el nuevo y puedo llegar a ser abrumador y dar miedo en muchos casos, centran estos miedo en el dolor y el personal sanitario que las están atendiendo. En cambio las multíparas centran su atención y fuerzas en otros aspectos como el vínculo con el niño. (11)

En cuanto al tipo de resolución del parto, vaginal o cesárea también influye en la satisfacción de todo el proceso. Para algunas madres el tener a su hijo por cesárea les produce temor ya que desconocen el proceso. En algunos países africanos el someterse a una cesárea no es una opción debido a factores sociales y religiosos que condicionan a las mujeres a negarse a someterse a ellas, incluso sabiendo que les puede salvar la vida y las de sus hijos aumentando así la mortalidad materna. (9, 39)

Si hablamos del modelo de parto las mujeres que dan a luz utilizando el modelo de parto humanizado son las que mejores niveles de satisfacción tienen sobre todo en los partos vaginales sin analgesia epidural o si han sentido más empatía con el personal sanitario que la atendió, si están acompañadas por alguna persona todo ello se asocian a una mayor satisfacción por parte de la mujer. (21)

Muchas de ellas están de acuerdo en que el sistema sanitario español es mucho mejor que el sistema sanitario en sus países de origen por lo que se sienten mejor cuidadas aquí, aunque el exceso de medicalización del parto a muchas de ellas les parezca abrumador, por la falta de conocimiento y de explicación del proceso por parte del personal sanitario. En nuestro contexto las mujeres extrajeras suelen presentar igual o mayor nivel de satisfacción en relación con la calidad asistencial en el proceso de embarazo parto y puerperio que las mujeres autóctonas. (43, 45)

Conocer y comprender la diversidad cultural que tenemos en nuestro país es fundamental para poder brindar cuidados de calidad a nuestras pacientes. Tener un buen manejo del dolor durante el parto genera una vivencia positiva de este para todas las mujeres sin importar su origen étnico o cultural. (6)

## 6. CONCLUSIONES

En los países donde la diversidad cultural es tan extensa como es el caso de España los profesionales debemos estar preparados y sensibilizados para saber atender situaciones de distinto tipo, además de proporcionar cuidados de forma competente y personalizada sobre todo en los momentos donde las mujeres se sienten mas vulnerables comprendiendo su situación y su cultura.



En cuanto a nuestros objetivos podemos llegar a la conclusión de que la vivencia del parto en una mujer inmigrante depende de que tan arraigada tenga sus costumbres culturales y como la viva en España. También depende del conocimiento y facilidad que tenga para acceder al sistema sanitario. Que no tenga barreras de ningún tipo tanto lingüísticas como religiosas.

En consecuencia los objetivos específicos nos muestran que cada mujer expresa y vive el dolor del proceso de parto de una forma distinta otorgándole una visión positiva o negativa según se desarrolle y finalice este. Además de que para algunas mujeres las cesáreas no son una opción fácil de elegir.

Podemos llegar a la conclusión de que en la mujeres inmigrantes residentes en España que presentan dificultad para comunicarse, ya sea por desconocimiento o poco uso del idioma castellano, el acceso y la vivencia al parto serán de peor calidad que el de otras mujeres inmigrantes que hablan y conocen el español.

También debemos destacar que la bibliografía específica de este tema es muy escasa, y que no todos los estudios diferencian claramente a mujeres autóctonas de las foráneas, y la literatura que se encuentra es muy heterogénea

## **Limitaciones**

Las limitaciones en el trabajo fueron las siguientes:

- Los artículos no diferencian a cerca del tipo de mujer inmigrante que se estudia, si se trata de una mujer inmigrante de primera o segunda generación que reside en nuestro país.
- También tenemos el sesgo del inmigrante sano, que nos dice que la población inmigrante que recibimos suele llegar en condiciones optimas de salud para poder trabajar cuando no suele ser de esa forma.
- Mucha de la información tampoco está desagregada por nivel de estudios o socioeconómico por lo que la información que se obtuvo puede estar incompleta.

## **Futuras líneas de investigación**

Como futuras líneas de investigación se pueden desarrollar acerca de:

- Investigar si el nivel de estudios o socioeconómico influye en la vivencia del parto en mujeres inmigrantes.
- También se debería investigar sobre el arraigo cultural del tipo de inmigrante (primera o segunda generación) en España.
- Otra línea de investigación puede tratar sobre tipos de cuidados culturales que traen las mujeres inmigrantes a España son más aceptados.

## **Agradecimientos**

En primer lugar me gustaría agradecer a mi tutora por su paciencia, consejos y por nunca rendirse conmigo.

También quiero agradecer a todas aquellas personas, profesoras, enfermeras y pacientes que cada día me demuestran por qué esta es la profesión más bonita del mundo.

Por último quiero agradecer a mi familia, alrededor del mundo que me hace sentir que el hogar no es el país en el que resides, sino las personas con las que convives.

## 7. BIBLIOGRAFÍA

1. María Margarita A, Torres Jiménez YY, Poveda Ávila JF. El proceso de parto cultural, una necesidad. *Cultura del cuidado* 2018 Jun 1,;15(1):23-37.
2. Martinez bueno C, Torrens Sigaléns RM editors. *Enfermería de la mujer 1*. Madrid: DAE editorial. Grupo paradigma; 2017.
3. Garre JMH, de Maya Sanchez B. /Cosmopolitan cultures of childbirth. Contrasting its anthropological bases from the bioethical perspective. *Acta bioethica* 2019 Nov 1,;25(2):225.)
4. da Silva Lira, Ivana Mayra, Santos e Silva Melo, Simone, Teles de Oliveira Gouveia, Márcia, Cipriano Feitosa V, Melo Guimarães TM. Intervención educativa para la mejora en la asistencia al trabajo de parto normal. *Enfermería global* 2020 Apr 1,;19(2):226-236.
5. González-Maestro M, Laurieta-Saiz I, García-González C, López-Mirones M, Terán-Muñoz O, Alonso-Salcines A. Características de los partos inducidos en el Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. *Enfermería clínica* 2016;28(5):326-333.
6. Gallardo Martínez J, Arnáez de la Cruz, M, Frías Sánchez Z, del Río Romero I, Navalón Bonal Z, Polo Ballarín P, et al. Es la nacionalidad de la paciente un factor influyente en el proceso de embarazo, parto y puerperio? *Clínica e investigación en ginecología y obstetricia* 2021 Apr;48(2):74-80.
7. Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones de la OMS para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva. Transformar la atención a mujeres y neonatos para mejorar su salud y bienestar. Ginebra: OMS; 2018. 8 p.
8. Organización Mundial de la Salud. Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea. 2015.

9. Atención perinatal en España: Análisis de los recursos físicos, humanos, actividad y calidad de los servicios hospitalarios, 2010-2018 [Publicación en Internet Madrid. Ministerio de Sanidad, 2021.
10. Pérez Álvarez JJ, Álvarez Rodríguez L, Sanchez Valdeón L. Interpretación antropológica del embarazo, parto y puerperio. Asociación Española de Enfermería y Salud 2017 1 octubre;1(3).
11. Muñoz-Dueñas C, Contreras-García Y, Manríquez-Vidal C. Vivencias de mujeres con asistencia de parto personalizado. Revista chilena de obstetricia y ginecología 2018;83(6):586-595.
12. Muñoz Sellés E, Goberna Tricas J, Delgado-Hito P. La experiencia de las mujeres en el alivio del dolor del parto: conocimiento y utilidad de las terapias complementarias y alternativas. 2016
13. López- Clavijo CA, Piedrahíta-Gutiérrez WE, Henao-Flórez RE, Piedrahíta-Gutiérrez DL, Espana-Chamorro JA. Resultados obstetricos y perinatales en pacientes con o sin analgesia obstetrica durante el trabajo de parto. Iatreia (Medellín, Colombia) 2016 Jul 1;29(3):263-269.
14. Muñoz Sellés E, Goberna Tricas J, Delgado-Hito P. La experiencia de las mujeres en el alivio del dolor del parto: conocimiento y utilidad de las terapias complementarias y alternativas. 2016.
15. Suárez Cadenas, MM, Plaza del Pino, FJ. Variabilidad en la vivencia del parto y su implicación en los cuidados de enfermería. Cultura de los cuidados 2018(50).
16. Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones de la OMS para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva. Transformar la atención a mujeres y neonatos para mejorar su salud y bienestar. Ginebra: OMS; 2018. 8 p.

17. Walker KF, Kibuka M, Thornton JG, Jones NW, Thornton JG. Maternal position in the second stage of labour for women with epidural anaesthesia. Cochrane library 2018 Nov 9;;2018(11):CD008070.
18. Prieto Bocanegra BM, Gil Sosa JC, Madrid Simbaqueba DC. Terapias complementarias durante la gestación y parto. Revisión integrativa. Cuidarte 2020 May 1;;11(2):23
19. Gallardo Martínez J, Arnáez de la Cruz, M, Frías Sánchez Z, del Río Romero I, Navalón Bonal Z, Polo Ballarín P, et al. Es la nacionalidad de la paciente un factor influyente en el proceso de embarazo, parto y puerperio? Clínica e investigación en ginecología y obstetricia 2020 feb;;48(2):74-80
20. Palma Espinoza M. Parto Humanizado. Acta medica costarricense 2020 Sep 9;;62(2).
21. Botell ML, Bermúdez MR. El parto en diferentes posiciones a través de la ciencia, la historia y la cultura. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología 2012;;38(1):134-145.
22. Garre JMH, de Maya Sánchez B, Pérez PE. Etno-obstetricias hospitalarias mixtas: Redes clínicas de transición hacia la humanización asistencial. Cultura de los cuidados 2020(58):178-195.
23. Ministerio de Sanidad y Política Social. Guías de práctica clínica en el SNS. Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal. 2010; 1-317. Disponible en:  
<https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/atencionParto.htm>  
[acceso: 23/04/20]
24. Grupo Proceso de Atención al Parto Normal de la Región de Murcia. Vía Clínica de Atención al Parto Normal. Subdirección General de Calidad Asistencial-Servicio Murciano de Salud. Consejería de Sanidad y Política Social, 2013.

25. FAME. Iniciativa Parto Normal. Guía para madres y padres. Pamplona. Federación de Asociaciones de Matronas de España. 2011.
26. Moreno Preciado M. El cuidado del "otro". 1st ed. Barcelona: Edicions Bellaterra; 2008.
27. Castilla-Vázquez C. Mujeres en transición: La inmigración femenina africana en España. Migraciones Internacionales 2017 Ene 1,
28. Campos Gutiérrez, JS. Entre dos culturas: la vivencia de la atención al parto de las mujeres peruanas en Castellón-España. Paraninfo Digital. 2020; 14(32): e32049a. Disponible en: <http://ciberindex.com/c/pd/e32049a> [acceso: 26/05/2021]
29. Portal de Datos Mundiales sobre la Migración [Internet]. <https://migrationdataportal.org/es>. 2021 [citado el 2 Mayo 2021]. Disponible en: [https://migrationdataportal.org/es?i=stock\\_abs\\_&t=2020&cm49=724](https://migrationdataportal.org/es?i=stock_abs_&t=2020&cm49=724)
30. Carretero Palacio A. Migraciones y género. La feminización de la migración transnacional. forinter 2. Formación en interculturalidad y migraciones 2015.
31. Lipszyc C. Feminización de las migraciones: sueños y realidades de las mujeres migrantes en cuatro países de América Latina. 2005 Abril.
32. Corrales Lobato C, Rodríguez Pérez M, Guerrero Guzmán I. Programas de atención al embarazo, parto y puerperio en España. revista postales médicos 2019 28 nov;XVI.
33. INEbase [internet]. Madrid: Instituto Nacional de Estadística; 2021- Estadísticas del movimiento nacional de la población de España; [citado 2021 abril 17]. Disponible en: [https://www.ine.es/prensa/mnp\\_1s2020\\_p.pdf](https://www.ine.es/prensa/mnp_1s2020_p.pdf).
34. Lamarque M, Gutiérrez LM. Curando dentro, cuidando fuera: mujeres latinoamericanas y prácticas terapéuticas en el contexto migratorio transnacional. Physis: Revista de Saúde Coletiva 2020;30(2).

35. Atienzar Martínez B, Roldán Chicano MT, Rodríguez Tello J, González Pérez A, Sevilla Hernández M<sup>a</sup>G. Bienestar de la mujer durante el proceso de parto: comparación de dos herramientas de evaluación. *Matronas profesión* 2020;20(4):4-12
36. Lanero S, Lanero A. La humanización obstétrica desde la perspectiva de la mujer: percepción de apoyo y creencias sobre las prácticas de atención al parto. *Matronas prof* 2020;54-61.)
37. Hernández G, J M, Paloma Echevarría P. Sociología del parto. Conflictos asistenciales en el marco del "paradigma tecnocrático. *Revista internacional de sociología* 2016 Mar 1,;74(1):e025.
38. Tejero, C. Documento de apoyo a la atención multicultural en el proceso de parto y nacimiento. Ministerio de Sanidad y Política social,2007; p 42.
39. Fabre Gonzales E. Mujer inmigrante y asistencia sanitaria. *Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia* 2010:65-76.
40. Barral FE, Couto TM, de Almeida, Lilian Conceição Guimarães, Bispo TCF, Oliveira GM, Webler N. Parto cirúrgico: as múltiplas experiências de mulheres. *Revista Baiana de Enfermagem* 2020;34.
41. Pina PD. ¿ Es recomendable la posición supina y la deambulacion en la fase de dilatación del parto? *Evidentia* 2021:e12991.
42. Ugarte Gurrutxaga MI. La salud reproductiva de las mujeres inmigrantes: el "plus" de la desigualdad. *Atlánticas. Revista Internacional de Estudios Feministas* 2020 Sep 7,;4(1):179-196.
43. Bas Sarmiento P, Fernández Gutiérrez M, Albar Marín MJ, García Ramírez M. Percepción y experiencias en el acceso y el uso de los servicios sanitarios en población inmigrante. *Gaceta sanitaria* 2014;29(4):244-251.



44. Ramón Arbués E, Juárez Vela R, Martínez Abadía B, Martín Gómez S. Satisfacción materna con la experiencia del parto. *Metas enferm* 2015:62-65.
45. García-de-Diego JM, Serrano-del-Rosal R. Universalización, paridad y evolución de la demanda de anestesia epidural durante el parto en Andalucía. *Gaceta sanitaria* 2019 Sep;33(5):427-433.